

BREVE ESTUDO
SOBRE A
ETIOLOGIA E PATHOGENIA
DOS
Retro-desvios uterinos
E SEU
TRATAMENTO

78/6 EHC

N.º 6

Domingos José Gonçalves

821

BREVE ESTUDO

SOBRE A

ETIOLOGIA E PATHOGENIA

DOS

Retro-desvios Uterinos

E SEU

TRATAMENTO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

TYPÓGRAPHIA OCCIDENTAL

80, Rua da Fabrica, 80

1895

78/6 EME

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

DR. WENCESLAU DE LIMA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Professores proprietarios

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.	Eduardo Pereira Pimenta.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Candido Augusto Correia de Pinho.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Ricardo d'Almeida Jorge.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica.	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Pharmacia	Nuno Dias Salgueiro.

Professores jubilados

Secção medica	} José d'Andrade Gramaxo. Dr. José Carlos Lopes. Visconde de Oliveira. Pedro Augusto Dias.
Secção cirurgica	

Professores substitutos

Secção medica	} João Lopes da Silva Martins Junior. Vaga. Roberto Belarmino do Rosario Frias. Vaga.
Secção cirurgica	

Demonstrador de Anatomia

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciatas nas proposições.

(Regulamento da Escola de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

AO MEU PRESIDENTE

ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

Prof. Antonio Joaquim de Moraes Caldas



Não podendo subtrahir-nos por fórma alguma ás exigencias da lei, vimos apresentar esta ultima prova do nosso curso medico-cirurgico.

Os breves apontamentos, que a constituem e que aqui ficam a titulo de *Dissertação inaugural*, foram colhidos em algumas revistas e tratados especiaes que pudemos haver á mão. Ardua foi para nós esta tarefa de colheita, erigada de difficuldades sem conta. E, escrevendo sujeitos a uma obrigação imposta por lei, reconhecendo bem que nenhum valor póde ter este breve estudo que fizemos, só nos resta pedir para elle toda a benevolencia

do Excellentissimo Jury que nos ha de julgar.

Em duas partes dividimos o nosso estudo sobre RETRO-DESVIOS UTERINOS. Na primeira daremos umas rapidas noções sobre a sua *etiologia* e *pathogenia*, noções que julgamos indispensaveis para se fazer um diagnostico perfeito e conseguintemente um tratamento racional e efficaç. Na segunda parte que se occupa do *tratamento* descreveremos um pouco desenvolvidamente os processos que a therapeutica conta actualmente como melhor meio de remediar as fórmas mais graves dos retro-desvios.

PRIMEIRA PARTE

ETIOLOGIA E PATHOGENIA

N'este estudo poremos de parte a fôrma aguda dos retro-desvios, muitissimo rara e que pôde ser produzida por uma forte pressão abdominal na occasião de violentos esforços de vomito, pela queda do corpo sobre a região sagrada, etc.

Estudaremos simplesmente o mecanismo dos retro-desvios de fôrma chronica, moveis ou adherentes.

I — RETRO-DESVIOS MOVEIS. — Eis quaes são para *Schulze* as causas de retro-desvios moveis de fôrma chronica:

1.^a *Suspensão de desenvolvimento infantil* ou encurtamento congenito da parede vaginal anterior. N'este caso o desvio produz-se todas as vezes que o reservatorio urinario estiver repleto, e o utero conserva a sua posição viciosa se estiver affectado de metrite.

2.^a *Anteposição do collo devida a uma parametrite anterior.* A retracção dos tecidos depois da cura da parametrite desvia o collo para diante, e a pressão abdominal auxilia o retro-desvio.

3.^a *Excesso de comprimento da parede anterior do utero* — produzido pelo desenvolvimento intersticial d'um tumor.

4.^a *Reducção mal feita d'um prolapso e applicação consecutiva d'um pessario* — podendo tornar o retro-desvio permanente.

5.^a *Relaxamento das prégas de Douglas.* Para *Schultze* é esta a causa mais frequente de retro-desvios. *Delbet* faz gozar tambem uma parte activa na sua producção ao relaxamento dos ligamentos redondos.

E' mister, para bem comprehender a importancia d'esta ultima causa, recordar quaes os meios de fixidez do utero, ou qual o papel que desempenham os ligamentos utero-sagrados e os ligamentos redondos na estatica uterina. Está hoje provado que tanto os ligamentos redondos, como os ligamentos largos e os ligamentos utero-sagrados não são os verdadeiros meios de fixidez do utero. Esses ligamentos, constituidos por feixes musculares lisos cobertos pelo peritoneo, deixam ao utero uma grande mobilidade, permitem o deslocamento para traz na repleção da bexiga, para diante na repleção do recto e para cima quando estão cheios estes dois reservatorios.

E' verdade que esses ligamentos limitam os deslocamentos physiologicos do utero, oppõem-se á sua exaggeração, mas não são os seus verdadeiros meios de fixidez. Esta resulta d'um conjuncto de causas—pressão abdominal, conexões intimas do utero com a bexiga e com o recto e sobretudo da fixação da porção cervical do utero ao pavimento pelvico, aponevroses pelvicas.—Assim o demonstrou *Nicoléris*.

Póde, portanto, muito bem comparar-se o papel dos ligamentos uterinos ao que gozam os ligamentos de algumas articulações, oppondo-se ao exaggeramento dos movimentos articulares. Assim os ligamentos redondos oppõem-se á reflexão, os largos ás latero-flexões e os ligamentos utero-sagrados impedem o prolapso e oppõem-se á retro-versão.

D'onde se infere que a retracção dos ligamentos utero-sagrados deve produzir o ante-desvio uterino e o seu alongamento deve concorrer poderosamente para o retro-desvio.

Resta saber quaes as causas que podem diminuir ou supprimir a contractilidade dos musculos retractores das prégas de Douglas. São ellas, entre outras:—a fraqueza muscular geral, a pobreza de sangue, as excitações genesicas excessivas, a parametrite post-puerperal.

A parametrite, para *Doléris*, não é mais do que o processo inflammatorio do tecido cellular, que cerca o isthmo uterino. Este processo in-

flamatorio, sempre limitado, de marcha lenta á maneira das lymphangites chronicas, interessa o tecido uterino por contiguidade. As lesões por elle determinadas, em lugar de suppurativas, são quasi sempre exsudativas, terminando por infiltrações plasticas perivasculares mais ou menos abundantes.

Estabelecida a parametrite, em breve as pré-gas de Douglas ficam sériamente compromettidas na sua elasticidade e na sua contractilidade — de inflammadas tornam-se duras, rígidas.

Mais tarde, com a regressão espontanea dos exsudatos, essa rigidez morbida desaparece é bem verdade, mas a tonicidade e contractilidade normaes dos ligamentos tambem desaparecem; e o utero, perdendo a sustentação posterior do collo, inclina-se para traz e cae na vagina no momento da repleção da bexiga ou d'uma pressão abdominal um pouco forte.

A puerperalidade intervem, portanto, por intermedio da parametrite, e esta comprehende-se bem depois d'um parto, em que haja ruptura do perineo ou do collo ou mesmo ligeiras lesões da parede vaginal posterior, sobre tudo em mulheres que primam por desconhecer os mais elementares principios de limpeza.

Os germens infectuosos aproveitam á vontade as portas abertas á infecção, e vão por intermedio dos lymphaticos determinar a irritação do tecido cellular que dá a parametrite.

Mas não é só a puerperalidade que pôde originar esta inflamação. Com effeito, a parametrite pôde ter tambem por causa escoriações da mucosa rectal produzidas pela passagem de materias fecaes volumosas e endurecidas.

Importante conhecer sob o ponto de vista do tratamento é a pathogenia d'uma fórma de retro-desvios moveis dolorosos, contra que é impotente a massagem, a redução, etc. E' o caso dos retro-desvios produzidos por lesões primitivas do peritoneo pelvico na região dos annexos. A pelvipertonite, companheira quasi inseparavel das salpingites, deixa como certificado da sua existencia bridas cicatriciaes estabelecendo adherencias entre o recto e as paredes pelvicas d'um lado e os ovarios e as trompas d'outro lado. São estas adherencias, que pela sua retracção obrigam o utero a alojar-se na concavidade do sacro.

N'esta fórma de retro-desvio, assim constituida, o utero está livre d'adherencias, a sua mobilidade existe em maior ou menor grau e a sua redução pôde ser obtida. Mas, como veremos, esta nada poderá contra as adherencias nem contra as dôres devidas á compressão dos ovarios e das trompas pelas massas de exsudatos.

II — RETRO-DESVIOS IMMOVEIS; ADHERENCIAS QUE OS CONSTITUEM. — Estudaremos a formação das adherencias, em que se reconhece uma origem infectuosa e o mecanismo d'aquellas em que

essa origem não é reconhecida. E, como as adherencias d'origem septica são as mais frequentemente observadas, é por ellas que principiaremos este estudo. — Mas antes d'isto, e para bem se comprehender a infecção do peritoneo pelvico por via do apparelho genital da mulher, será conveniente lembrar, ainda que summariamente, a distribuição dos lymphaticos d'esse apparelho tão bem descripta por *Poirier*. Eis resumidamente como este auctor os descreve :

Ha tres systemas de lymphaticos — *lymphaticos sub-mucosos*, d'uma abundancia extraordinaria, — *lymphaticos da camada muscular*, communicando largamente com os precedentes; — *lymphaticos da camada subserosa*, subdividida em duas camadas, uma profunda aonde vêem terminar os lymphaticos mucosos e musculares, outra superficial, endothelial, communicando largamente com a rêde precedente.

O trajecto que seguem estas numerosas rêdes de lymphaticos é o seguinte: — os lymphaticos do collo, tanto mucosos, como musculares dirigem-se a numerosos lymphaticos de toda a periphéria do collo, anastomosam-se com elles e com os vindos do terço superior da vagina no tecido cellullar que cerca o collo e reúnem-se por fim em dois ou tres troncos para seguirem o trajecto da arteria e veia uterinas. Pelo bordo inferior dos ligamentos largos vão lançar-se nos ganglios situados no angulo de bifurcação da

arteria iliaca primitiva. Os lymphaticos do corpo convergem para os angulos uterinos, formando de cada lado dois ou tres grossos troncos lymphaticos. Caminham pelo bordo superior dos ligamentos largos, acompanhando a arteria utero-ovarica, recebem os lymphaticos do ovario e sobem até aos ganglios lombares situados por diante da veia cava e da aorta.

Este estudo da disposição anatomica dos lymphaticos uterinos, facilitará sobremaneira a comprehensão do mecanismo dos retro-desvios adherentes d'origem septica.

Com effeito, as ligações intimas, as anastomoses largas e frequentes das differentes rêdes lymphaticas, fazem comprehender bem como, depois do apparecimento da parametrite, ou da lymphangite peri-uterina produzida por inoculação de agentes septicos em um ponto qualquer do utero ou da vagina, se faça a propagação da infecção aos lymphaticos sub-serosos e ao proprio peritoneo.

A infecção do peritoneo pelvico pôde ter por ponto de partida uma metrite septica ou uma vaginite. Para chegarem ao peritoneo duas vias seguem então os numerosos micro-organismos que pullulam no utero e na vagina: *a via lymphatica e a via tubar.*

Pela *via lymphatica* os agentes infectuosos determinam, antes de chegarem ao peritoneo, a parametrite e depois no peritoneo a perimetrite

adhesiva que estabelece adherencias entre os annexos, o utero e recto. Estas adherencias produzem o deslocamento do utero, de resto favorecido já pela parametrite que tinha determinado o alongamento das prégas de Douglas.

Por *via tubar* a inflammação propaga-se pouco a pouco e successivamente aos diversos elementos da mucosa tubar, e, depois de ter determinado na sua passagem uma salpingite vae atacar o peritoneo pelo ostium do pavilhão. E' este o caso em que se encontram as mais graves lesões dos annexos, lesões que muitas vezes demandam a sua extirpação no curso d'uma operação feita contra o desvio. A infecção por esta via dá-se com uma facilidade extraordinaria depois da endometrite blennorrhagica. O gonococco de Neisser goza com effeito da particularidade de se propagar com grande rapidez pela mucosa da trompa. E' claro que aqui, como em toda a parte, a gravidade da infecção deve variar conforme a virulencia dos microbios, o grau de resistencia dos tecidos, etc.

As adherencias reconhecem sempre o mesmo mecanismo: — formação de exsudatos inflammatorios, organização dos exsudatos e formação de tecido cicatricial, que, ligando os órgãos pelvicos — utero, ovarios, trompas — ao peritoneo e retrahindo-se, põe estes órgãos em retroflexão ou retroversão.

Mas além d'estes retro-desvios, que reconhe-

cem por mecanismo da sua produção a formação d'adherencias de origem septica, ha outros, dissemos nós, em que a origem infectuosa não é reconhecida.

Vejamos então como se formam. Sabe-se que um resfriamento pôde provocar na epocha menstrual perturbações graves, traduzindo-se as mais das vezes por uma suspensão das regras e por dôres mais ou menos vivas na região hypogastrica. Este estado só poderá ter plausivel explicação se se admittir uma stenose das fibras musculares lisas do canal tubo-uterino, tendo como consequencia a obliteração dos orificios tubar e uterino do canal. Não encontrando o sangue livre a via pela qual deve sahir, accumula-se no peritoneo formando um pequeno hematocele que traduz a sua presença apenas por dôres e uma sensação particular de pêso. A evolução ulterior d'este derrame sanguineo é a seguinte: — ou é reabsorvido em totalidade, ou em parte; e n'este ultimo caso os coagulos que ficam determinam uma irritação limitada do peritoneo e provocam uma exsudação plastica mais ou menos abundante.

Ora é este exsudato que, organisando-se, envolve as trompas e os ovarios em massas d'adherencias, e estas retrahindo-se puxam o fundo do utero e os annexos para o espaço de Douglas.

E' de crer que n'estas formas de retro-desvios não haja a incriminar a infecção.

Origem septica se não reconhece tambem nos retro-desvios adherentes observados frequentemente durante a puerperalidade nas mulheres pertencentes á classe trabalhadora. N'esta classe as mulheres muitas vezes são obrigadas a abandonar o leito para se entregarem aos seus trabalhos, d'ordinario dois ou tres dias depois do parto, quando a involução uterina tem começado apenas de fazer-se. Evidentemente esta não correrá bem; o utero fica volumoso por muito tempo, os ligamentos utero-sagrados, distendidos pelo parto, com o peso do utero difficilmente retomam a sua tonicidade normal. De tal maneira que, desde que o volume do utero possa alojar-se na pequena bacia, é para lá que elle vae.

A stase venosa provocada pela compressão do utero ainda volumoso sobre o peritoneo dá uma exsudação plastica, que, organisando-se, vem a unir a face posterior do utero á parede anterior do recto e ao peritoneo pelvico. Aqui a formação das adherencias é consecutiva ao retro-desvio.

As adherencias podem ser superficiaes, extensas, em fórma de membranas, ligando intimamente o utero e o recto e supprimindo mais ou menos completamente o espaço de Douglas, ou então em fórma de cordões, filamentosas e n'este caso dão ao utero alguma mobilidade.

Quando a infecção do peritoneo se fez pela

via lymphatica as lesões dos annexos são superficiaes ordinariamente, as trompas e os ovarios podem ser normaes; quando a infecção se deu por intermedio das trompas as lesões são profundas e a sua gravidade depende da natureza da infecção e do seu grau de virulencia.

SYMPTOMATOLOGIA

Os symptomas dos retro-desvios comprehendem:

Perturbações funcçionaes. — Dôres surdas no ventre com irradiações para os rins, para as articulações sacro-iliaca e sacro-coccygea e para as coxas.

As dôres augmentam sob a influencia da marcha e do coito, e variam segundo o retro-desvio é movel ou adherente. Quando é movel as dôres são perfeitamente toleraveis e ás vezes nulas, e quando o retro-desvio é fixo e se accompanha de lesões annexiaes as dôres attingem um tal grau de intensidade, que as doentes mal podem dar um passo. Como vimos no estudo de pathogenia que fizemos, as lesões dos annexos bastam em muitos casos para constituir todo o cortejo symptomatico.

As dôres podem ser devidas á compressão dos filetes nervosos pelos exsudatos ou bridas

cicatriciaes e ainda ás tracções exercidas pelo utero desviado sobre os plexos nervosos de visinhança.

Existe muitas vezes chloro-anemia devida talvez á metrite e nevralgias diversas companheiras da anemia, caimbras de estomago, dôres de cabeça, pontadas, etc. — Observam-se palpitações cardiacas, sopros vasculares e accessos de hysteria. Estes symptomas adquirem importancia durante o periodo catamenial.

Perturbações locais. — Existem perturbações da menstruação: as regras são irregulares, dolorosas, prolongadas e ordinariamente abundantes. Esta irregularidade da menstruação resulta do desvio e sobretudo da metrite que sempre o acompanha. Ha perturbações da micção e da defecação. A constipação, devida á compressão do recto pelo fundo do utero, é habitual. Observa-se frequentemente abaúlamento do ventre, que se encontra distendido pelos gases.

Póde encontrar-se tambem nevralgias sciaticas por compressão do plexo sagrado.

DIAGNOSTICO

Para fazer o diagnostico dos retro-desvios uterinos, que em geral é facil, recorre-se aos signaes fornecidos pelo toque vaginal só, ou com-

binado com a palpação hypogastrica, e ao toque rectal; e quando estes faltarem, ás indicações que dá o especulo e o hystero metro.

E' ao toque e palpação hypogastrica que ordinariamente se recorre. Só quando este meio de diagnostico não der resultado é que se recorre-rá ao especulo ou ao hystero metro, o que por vezes acontece para se não confundir os retro-desvios com tumores intersticiaes da parede posterior do utero.

E' mister que o dedo, com que se pratica o toque, deprima o perineo tanto quanto possivel para evitar os órgãos erecteis da mulher.

Emquanto que no estado normal para tocar com o dedo no focinho de tenca é preciso deprimir um pouco o fundo de sacco posterior, na retroflexão o dedo vaginal encontra-o na direcção da vagina. Na retroversão o dedo reconhece no fundo da vagina a face posterior do utero e do collo. Em certos casos o collo pode ficar escondido atraz do pubis e ser então difficilmente accessivel.

Todavia estes signaes fornecidos pelo toque podem não existir todas as vezes que o retro-desvio seja pouco pronunciado, ou ainda quando retracções parametricas fixem o collo pela sua face posterior.

E' então que se recorre á palpação hypogastrica combinada com o toque. No caso de retro-desvio, a mão, deprimindo fortemente o abdo-

men, tem a sensação d'um vasio que existe no ponto em que normalmente se deve encontrar o utero. A mão deprime então mais profundamente a parede e depressa sentirá um corpo duro, por vezes doloroso á pressão, cujos movimentos são transmittidos por intermedio do collo ao dedo collocado na vagina.

O toque rectal permittirá tambem verificar a existencia d'um tumor que deprime a parede anterior do recto.

Pelo toque vaginal verifica-se ainda que o fundo de sacco posterior se acha occupado por uma massa dura, o fundo do utero, separado do collo por um sulco. Um facto importante para o diagnostico consiste em estabelecer nitidamente pela face posterior do collo a continuidade d'este com a massa contida no espaço de Douglas.

O toque vaginal reconhecerá ainda uma particularidade especial, para a qual *Le Dentu* chamou em 1892 a attenção dos gynecologistas. Esta particularidade consiste na sensação, que o dedo vaginal tem, d'uma crista mediana que existe na face posterior do utero desviado.

Esta crista, ás vezes difficil de sentir, é outras vezes saliente e nitida.

Quando este signal tiver sido bem nitidamente constatado nenhuma duvida póde existir sobre a existencia da retro-flexão.

E' ainda pelo toque e palpação hypogastrica que se conseguirá estabelecer a fórma do retro-

desvio — *movel ou immovel*. O dedo vaginal impelle para cima tanto quanto possível o corpo uterino contido no espaço de Douglas e a mão abdominal procura apanhar o fundo do utero. Se o retro-desvio fôr movel isto poderá conseguir-se, o utero será reduzido; no caso contrario todos os esforços de redução serão infructiferos: o utero ficará irreductivel e em certos casos o dedo vaginal sentirá as adherencias situadas entre o utero e o recto. Estas manobras produzem ás vezes dôres vivas, e, n'estas condições, o exame só poderá ser feito d'uma maneira completa sob a acção da narcose.

E' sempre conveniente verificar o estado dos annexos. Quando estes estiverem comprometidos no processo morbido poderá constatar-se nos fundos de sacco lateraes massas dolorosas constituídas pelas trompas e ovarios. Além d'isto a palpação d'estes órgãos determina dôres intensas.

SEGUNDA PARTE

TRATAMENTO

Abundam extraordinariamente os methodos e processos medicos e chirurgicos, postos em pratica contra os retro-desvios uterinos, o que incontestavelmente constitue uma prova a favor da sua pouca efficacia.

Não é intenção nossa descrevel-os aqui todos, mesmo summariamente. Seria esse um trabalho cremos que inutil, pois que muitos d'elles estão hoje postos de parte pelo seu resultado pouco satisfactorio e outros são de tão difficil execução que nos parece que só terão effeito curativo nas mãos dos cirurgiões que os imaginaram.

Descreveremos apenas os meios medicos e os meios chirurgicos de reconhecida vantagem n'este tratamento. E, como o tratamento medico pela massagem, pelos pessarios, etc., constitue

uma therapeutica excellente sobretudo para determinadas fórmãs de retro-desvios e deve ser sempre posto em pratica antes de qualquer intervenção operatoria, é pelos meios medicos que começaremos esta segunda parte, dando particular attenção á massagem pelo logar preponderante que n'elles occupa.

Em segundo logar descreveremos os meios operatorios.

MEIOS MEDICOS

I

Massagem

A massagem é certamente um dos methodos que com mais successo téem sido applicados á therapeutica gynecologicã, sobretudo á therapeutica das retro-flexões e retro-versões uterinas.

Tanto nos retro-desvios moveis e sobretudo n'estes, restituindo a tonicidade aos musculos do pavimento pelvico e ao apparelho ligamentoso do utero, como n'aquelles que vêem complicados d'adherencias e de lesões dos annexos, concorrendo para a destruição d'essas adherencias e consequentemente para a redução do utero, o

methodo de *Thüre-Brandt* tem dado resultados verdadeiramente inesperados.

Mas antes de analysarmos o valor therapeutico do methodo nas differentes fórmas de retro-desvios, diremos resumidamente o que é a massagem e quaes são os seus effeitos physiologicos sobre os tecidos.

*

A massagem comprehende os movimentos feitos com a mão, em geral fricções e pressões, mais ou menos extensas, mais ou menos profundas, sobre uma parte ou região do corpo.

Segundo as indicações as manobras da massagem são variadas quanto á duração e energia: lentas ou vivas, regulares ou intermittentes, superficiaes ou interessando toda a profundidade dos tecidos, etc. Qualquer que seja a sua diversidade, ellas podem agrupar-se, segundo *O. du Mesnil*, em quatro cathegorias: *fricções simples*, *fricções fortes ou massagem propriamente dita*, *malaxações* (*pétrissage*) e *percussões*.

As *fricções simples* dão-se com a face palmar dos dedos envolvidos ou não d'um principio medicamentoso, segundo a fricção é humida ou secca. Segundo a direcção impressa aos movimentos as fricções são rectilineas, espiraes, concentricas ou excentricas.

As *fricções fortes* dão-se com a extremidade

dos dedos ou com a mão toda, alternativamente ou simultaneamente, sobre o membro que trata de se massar. Exercem-se segundo a direcção do sangue venoso. Constituem um meio poderoso para dissipar promptamente o empastamento dos tecidos e a absorpção dos exsudatos.

As *malaxações* são manipulações exercidas perpendicularmente á superficie da região sobre que se applicam.

As *percussões* servem para imprimir um choque subito, intermittente, com energia variavel a uma parte qualquer do corpo.

Effeitos physiologicos.—A acção da massagem exerce-se sobre todas as funcções e sobre todos os tecidos — sobre a pelle, sobre a circulação e absorpção, sobre a innervação, sobre os musculos.

Sobre a pelle as fricções limpam os productos sebaceos e detritos epitheliaes, tornam a pelle macia, flexivel, mais permeavel; as glandulas sudoriparas tem a sua secreção activada e eliminam mais facilmente os seus productos.

Afóra a impulsão na circulação geral, manifestada por um pulso largo e rapido. dois effeitos vêem da massagem sobre a circulação — um no principio dos movimentos, passageiro, é o rubor da parte massada, o outro, consecutivo, persistente, é a diminuição do volume da região. O primeiro resulta do affluxo do sangue á parte massada, grande actividade da circulação capil-

lar, circulação das veias superficiaes da região augmentada pelo facto da compressão intermitente das suas paredes. O segundo do augmento da absorpção. A massagem augmenta a absorpção intersticial porque activa a circulação de retorno e porque divide os productos pathologicos ou normaes existentes nos intersticios dos tecidos e nas malhas do tecido cellular. Esta divisão e disseminação multiplica os pontos de contacto com as paredes das veias e dos vasos lymphaticos, d'onde resulta a diffusão d'essas substancias na lymphá e o retorno á circulação geral.

A acção acceleradora da corrente nutritiva, da circulação intra-muscular, faz comprehender que, bem longe de se exercer no sentido phlogogenico, a massagem possa pelo contrario fazer parar um processo inflammatorio, resolver um exsudato, etc.

Sobre as massas musculares a compressão intermittente da massagem provoca uma excitação que desperta a tonicidade e a contractilidade das fibras, augmenta o seu volume e a sua energia e faz cessar as contracções parciaes e irregulares dos feixes musculares.

Os phenomenos nervosos observados depois da massagem variam. A massagem póde ter uma acção anti-nevralgica alongando os filetes nervosos ou libertando-os de exsudatos compressores, e póde tambem estimular a sensibilidade.

Trousseau e *Piloux* assignalam a estimulação exercida pelas fricções sobre as extremidades nervosas distribuidas nas regiões submettidas á massagem, estimulação que se communica á medulla, que, a seu turno reage sobre as partes a que distribue a sensibilidade e o movimento.

Eis o que *Leblond* e *Aubeau* dizem sobre os effeitos physiologicos e therapeuticos da massagem: — A massagem actua sobre as propriedades dos tecidos á maneira dos excitantes: estimula a contractilidade dos elementos musculares e desperta a sua tonicidade e sensibilidade. Os musculos sahem do estado de torpor e paresia, tornam-se activos, pondo-se em estado de lutar contra a invasão dos exsudatos ou das extravasações e não se deixam mais distender. O calibre dos vasos diminue, a circulação retoma a sua actividade, as stases venosas e lymphaticas desaparecem. Os exsudatos dissociados são absorvidos rapidamente. As secreções tornam-se normaes. Os filetes nervosos, libertos dos exsudatos que os comprimiam, retomam a sua acção regularisadora de todas as funcções.

Em resumo: — descongestão dos órgãos, dissociação e reabsorção dos exsudatos, desapareção dos endurecimentos, das extravasações, das infiltrações e do oedema, reaparição da tonicidade e contractilidade musculares, da mobilidade, desaparecimento das dôres — taes são os effeitos da massagem.

*Technica da massagem applicada
aos retro-desvios*

As manobras da massagem gynecologica devem ser praticadas por quem tenha perfeito conhecimento da anatomia dos órgãos da bacia e n'este caso só está o medico, que deve revestir-se de toda a paciencia, bem como a doente, pois que o tratamento, em regra, é longo.

Seria da maxima conveniencia que as sessões fossem feitas de manhã, depois de se ter feito uma irrigação vaginal com uma solução de chloreto de sodio a 2 %, com uma solução de creolina a $\frac{1}{2}$ ou a 1 % e nunca com substancias adstringentes. Depois de cada sessão a mulher deve ficar em descanso durante algum tempo.

A força empregada nas manobras deve ser tal que nunca produza dores fortes. No principio ha sempre mais ou menos dores, conforme a sensibilidade das doentes, mas depois, no fim d'alguns dias, desaparecem.

Conforme a intensidade d'essas dores, assim se empregará mais ou menos energia nos movimentos da massagem. Poderia fazer-se a anesthesia, mas é preferivel não a fazer, visto que a sensibilidade é precisa para a graduação das manobras.

Posição da doente. — E' fixa para toda a mas-

sagem gynecologica. *Auvard* emprega na sua clinica uma meza de 2 metros de comprimento, 0^m,70 de largo e 0^m,70 de altura, com um colchão duro e tres almofadas, uma para levantar a bacia e duas para a cabeça.

A posição da doente é em decubito dorsal, braços ao longo do corpo, pernas em flexão e joelhos afastados; a cabeça ligeiramente levantada pelas almofadas, outra almofada por baixo da bacia com o mesmo fim d'elevação para relaxar as paredes abdominaes, approximando as inserções dos musculos. A doente ficará apenas com a camisa, uma saia, mas tudo bem desapertado para não prejudicar os movimentos. Escusado será dizer-se que deve observar-se a rigorosa pratica da antisepsia e evitar-se o uso das injeções vaginaes adstringentes.

Posição do medico.—O medico estará sentado ou de pé, á direita ou á esquerda da doente, segundo a parte que tem de massar. Uma das mãos é interna, outra externa. Esta é a unica que trabalha, que massa e applica-se sobre os tegumentos externos; a outra serve para approximar os órgãos e mantel-os ao alcance da mão externa. Para isto introduz-se na vagina o indicador só ou o indicador e o medio; outras vezes o indicador é introduzido no recto e o pollex na vagina. A mão interna deve conservar immobildade absoluta principalmente á entrada da vagina (*Thüve Brandt*), afim de evitar excitações.

Ha quem empregue topicos para acalmar a dôr local provocada ou não pela massagem. Essas dôres quando são fortes contraindicam a intervenção.

Os dedos que ficam fóra em vez de fechados como quando se faz o toque vaginal devem ficar abertos, porque as extremidades das 1.^{as} e 2.^{as} phalanges calcando o perineo incommodam a doente, e depois com os dedos abertos chega-se até mais acima. Assim o aconselha *Brandt*.

Os dedos intravaginaes são passivos no acto da massagem: unicamente sustentam os órgãos que a mão exterior massa atravez das paredes abdominaes. Deslocam-se apenas para apresentarem áquella mão novos órgãos ou partes d'órgãos a massar.

Aconselha *Brandt* que se façam préviamente fricções circulares sobre o abdomen para habituar os tegumentos, diminuir-lhes a sensibilidade e a dos musculos subjacentes.

Deprime-se lentamente e docemente a parede abdominal, evitando os abalos capazes de despertar ou exaggerar a sensibilidade. Casos ha difficeis em que se deve aproveitar a expiração para penetrar com a mão mais fundo.

Vulliet aconselha que se colloque a mão sobre a parede abdominal com a face palmar das ultimas phalanges e não com as pontas dos dedos; produz-se assim uma sensação menos desagradavel. Julgamos preferivel fazer os movi-

mentos da massagem com as extremidades dos dedos quando tem de se exercer sobre órgãos profundos. A mão deprime a parede abdominal até encontrar a base do sacro, desviando para cima o intestino e o epiploon. Quando as paredes são muito espessas, muito rigidizadas ou muito sensíveis para se poderem deprimir, necessitam da massagem preparatoria.

A massagem deve fazer-se sempre no sentido da corrente venosa e lymphatica ascendente, isto é, da vizinhança do utero para a parede pelvica e para as regiões sagrada e sacro-iliaca. Os movimentos da mão devem ser semi-circulares e fazer-se d'um modo particular sobre que *Brandt* insiste: as articulações do cotovello, punho e dedos devem ficar immoveis, só a articulação da espadua entrará em acção.

No principio as sessões serão curtas. Habitadas as doentes, podem demorar de 5 a 10 minutos e mais. E' bom descansar algumas vezes, cessando as manobras sem comtudo largar os órgãos da posição em que se acham.

Ha casos em que a via rectal é a unica a seguir: nas virgens quando houver exsudatos nas préguas de Douglas ou na fossa iliaca. Esta nova via não apresenta mais difficuldades que a vaginal. Mette-se a extremidade do indicador como para o toque rectal, dirige-se para a parede rectal anterior e em seguida servirá de ponto de apoio aos órgãos a massar.

A massagem bem feita não deixa dôr alguma quando acabada a sessão.

Nos casos difficeis o medico deve estar de pé. E' n'esta posição que desenvolverá mais força e se fatigará menos. A's vezes quando os exsudatos são antigos é preciso actuar com energia.

Com a massagem pôde-se provocar sensações mais ou menos incommudas em órgãos proximos ou remotos. Tem havido casos de cystalgia com tenesmo vesical, tracções dolorosas na região epigastrica, etc. Estas sensações faltam ás vezes no curso d'uma sessão para apparecerem n'outra.

A condição mais importante da massagem é um diagnostico exacto da fórma de retro-desvio, pois que retro-desvios ha em que ella é perigosa e outros em que não dá resultado. Ha fórmas de retro-desvios em que a massagem é absolutamente contraindicada.

Os maus resultados que por vezes se obteem, são em grande parte devidos ao facto de se não ter feito um diagnostico completo e perfeito das lesões do utero ou dos annexos.

Antes de se applicar a massagem nos retro-desvios moveis é preciso fazer a redução. Esta pôde obter-se por diversos modos:

1.º Introduz-se o indicador esquerdo no recto e por elle se imprime movimentos de elevação ao utero, apanhando-o pela face posterior, enquanto o pollegar pela vagina empurra o collo

para cima e para traz. A mão abdominal apanha o fundo do utero e puxa-o facilmente para traz da symphise publica. Uma vez reduzido faz-se a massagem por algum tempo e por fim colloca-se um pessario ou um tampão para que o utero se mantenha reduzido.

2.º Quando pelo processo precedente não fôr possível fazer a redução, procura-se apanhar o fundo do utero entre o indicador e o auricular aos lados e o medio e o annular no fundo do utero para impedir que elle se escape. Assim fixo impelle-se para cima e para diante com o indicador da outra mão no fundo de sacco anterior da vagina, emquanto que a mão externa completa a redução.

3.º Se por qualquer dos processos anteriores não se pôde conseguir nada, eis um novo processo: o indicador esquerdo leva-se tão acima quanto possível pelo fundo de sacco posterior e levanta-se o utero para a parede abdominal, emquanto a mão direita, deprimindo esta parede, vem collocar-se por baixo da symphise publica e puxa o utero para traz. Uma vez executado este movimento, o indicador esquerdo vem collocar-se na face anterior, impellindo-o para cima e para traz com o auxilio da mão externa. Esta, por sua vez, emquanto o indicador esquerdo mantém o utero immovel, escorrega ligeiramente ao longo do corpo do órgão até apanhar o fundo, depois do que não é difficil acabar a redução.

Feita a reducção a doente é submettida á massagem. A mão abdominal massa por movimentos semi-circulares a face posterior do utero indo progressivamente do fundo do órgão até ao collo. Para as trompas começa-se sempre a massagem pela extremidade abdominal para ir progressivamente até á inserção uterina.

Deve ligar-se toda a attenção ás regiões lateraes do utero. Com effeito, a pathogenia da maior parte dos retro-desvios moveis diz-nos que estes se dão em seguida a perisalpingites por uma torsão dos ligamentos largos. N'estes casos as trompas e os ovarios acham-se sepultados em massas exsudativas, e o successo da intervenção depende mais da sua libertação que propriamente da reducção uterina.

Depois da sessão de massagem é necessario, por meio d'um pessario ou por outro qualquer meio, obrigar o utero a permanecer em reducção.

Estes desvios podiam ser reduzidos tambem pelo hysterometro, mas as manobras descriptas dão sempre bons resultados e estão isentas de todo o perigo. O que não são é tão simples como parece, principalmente quando a mulher é nutrida e por conseguinte de paredes abdominaes espessas.

No caso d'um retro-desvio adherente eis como se procede: — A mão abdominal, exercendo sempre movimentos semi-circulares, vae progressi-

vamente do fundo do utero até ao collo pela sua face anterior. Em seguida procura penetrar por traz do utero para exercer tracções brandas de maneira a estender as adherencias que fixam o utero em posição viciosa. Isto não se faz d'ordinario sem dôres. As tracções devem ses feitas em todos os sentidos e com toda a prudencia.

A massagem é contraindicada nos casos complicados de metrite aguda e affecções agudas das trompas ou dos ovarios, e nos casos de perimetrite chronica havendo adherencias do epiploon com os annexos.

Effeitos da massagem nos differentes retro-desvios uterinos

Evidentemente a massagem não póde dar resultados efficazes em todas as fórmas de retro-desvios. Como qualquer outro meio therapeutico, ella tambem tem as suas indicações e contra indicações, conforme as lesões encontradas e estas variam nas differentes fórmas de retro-desvios.

Mas d'ahi a affirmar, como queria *Richelot*, em 1889, que o methodo de *Thüre-Brandt* deve ser considerado como extremamente infiel e inferior em resultados á grande irrigação d'agua quente praticada methodicamente, vae uma grande distancia.

Incontestavelmente a opinião de *Richelot* não deve ser admittida. Talvez ella fosse suscitada pelos resultados desastrosos que a massagem deu em mãos desconhecedoras por completo da sua technica operatoria.

Second bem o dá a entender quando diz que a massagem póde prestar relevantes serviços quando exercida por mãos habeis e prudentes. Hoje quasi todos os gynecologistas são concordes em reconhecer ao methodo de *Brandt* uma utilidade incontestavel. O essencial está em saber-a applicar e em estabelecer bem as suas indicações e contraindicações, isto é, estabelecer o diagnostico exacto das diversas lesões dos órgãos da pequena bacia.

Analysemos o seu valor nas differentes formas de retrodesvios.

Retro-desvios moveis. — Aqui o resultado variará conforme a pathogenia do desvio. Quando o deslocamento reconhecer por causa uma parametrite anterior, ou quando fôr devido a fraqueza muscular generalisada, caso em que o tratamento geral prestará auxilio, ou ainda quando fôr devido ao enfraquecimento pouco pronunciado do pavimento pelvico, o tratamento pela massagem será um excellente meio therapeutico.

A massagem não dará resultado nos casos em que os retro-desvios moveis teem por origem uma inflammiação primitiva do peritoneo pelvico,

havendo lesões de pelvi-peritonite e adherencias dos annexos.

Retro-desvios adherentes. — A massagem dará excellentes resultados quando as adherencias forem recentes, pouco solidas e pouco extensas. É o que acontece quando a stenose do collo uterino durante a menstruação dá origem a um derrame sanguineo no peritoneo. O exsudato fibrinoso que se organisa põe o utero em retro-desvio; e a massagem applicada pouco depois da reabsorção do hematocele dá resultados inesperados. O mesmo acontece nos casos em que o retro-desvio se produziu depois d'um parto, em consequencia de a mulher se entregar muito cedo ás suas occupaões. N'estes casos, em que não houve infecção nem ha a receiar focos de perimetrite infecciosa, a massagem pôde ser empregada afoutamente e dará sempre bons resultados.

Mas a massagem é perigosa nas adherencias d'origem septica, porque a ruptura d'ellas pôde ir avivar antigos focos em que os germes estejam latentes.

Em resumo: a massagem nos retro-desvios adherentes conseguirá fazer desaparecer infiltrações, exsudatos, poderá relaxar as adherencias e mesmo fazel-as desaparecer nos casos recentes, mas é preciso convir em que a maior parte das vezes será impotente contra as adherencias que envolvem os órgãos e mesmo perigosa.

*

Concluindo estas breves considerações sobre a massagem diremos que o methodo de *Thüre-Brandt* deve sempre ser posto em pratica antes de qualquer intervenção operatoria:

1.º Porque dá resultados infalliveis em certas formas de retro-desvios;

2.º Porque tonifica o pavimento pelvico, o que é um poderoso auxiliar para qualquer intervenção operatoria futura.

Nós veremos, quando estudarmos o methodo de *Boisleux* no tratamento operatorio dos retro-desvios uterinos, que a massagem constitue um dos elementos essenciaes do methodo, abreviando consideravelmente a cura.

II

Reducção uterina — Pessarios

Além da massagem, um outro meio medico que com proveito tem sido applicado aos retro-desvios moveis não dolorosos é o preconisado por *Schultze*. Comprehende essencialmente duas partes — *reposição bimanual*, isto é, redução do

utero feita com o auxilio das duas mãos, uma actuando pela vagina, outra pelo abdomen — e a conservação da reducção por meio dos *passarros*.

A reducção uterina póde ser feita por qualquer dos processos já descriptos a proposito da massagem.

Schultze para fazer a reducção introduz dois dedos, o indicador e o medio, na vagina; e, se pela vagina se não póde attingir o utero, os dois dedos são introduzidos pelo recto. N'este ultimo caso torna-se necessaria a anesthesia. Os dois dedos vaginaes são collocados o mais perto possivel do fundo da parede posterior do utero pelo fundo de sacco posterior da vagina ou pelo recto. Depois por uma pressão augmentada lentamente, eleva-se o corpo do utero ao longo do sacro para a entrada da bacia. Isto a principio custa sempre algumas dôres á doente.

Logo que o fundo do utero esteja na entrada da bacia, a outra mão collocada na parede abdominal recebe o fundo do utero levantado pelos dedos da mão esquerda. É este o tempo mais difficil da manobra de reducção. Porque o comprimento da vagina póde não ser sufficiente para elevar o utero até á entrada da bacia, os dedos introduzidos pelo recto não attingir sufficientemente o orgão, a parede abdominal não apresentar elasticidade sufficiente, etc.

Póde então empregar-se o processo *abdomi-*

no-recto-vaginal, que consiste em introduzir o indicador e o medio pelo recto para impellir o utero e o pollegar pela vagina para exercer pressão para traz e para cima sobre a parede anterior do collo. Logo que as extremidades dos dedos da mão abdominal toquem o fundo do utero a redução é facil.

Nos casos difficeis *Schultze* emprega a chamada redução intra-uterina. Consiste em dilatar primeiro a cavidade uterina para ahi introduzir o dedo que ha de operar a redução, que assim é mais facil e permite explorar melhor as lesões dos annexos.

Além da redução uterina por manobras brandas e prudentes, *Schultze* emprega ainda, quando o caso o reclama, a ruptura violenta e n'uma só sessão de todas as bridas e adherencias encontradas no retro-desvio sob a acção da anesthesia.

Achamos este processo perigoso e muito pouco para recommendar. Póde originar rupturas graves do recto e do peritoneo.

Melhor para seguir é o processo de *Béatrix*, de Genève, que consegue a ruptura das adherencias pouco a pouco e progressivamente em varias sessões, ruptura de resto facilitada por um tratamento prévio feito durante alguns dias, o qual consiste no seguinte: — primeiro banhos, irrigações vaginaes, e tampões de glycerina com o

fim de diminuir a sensibilidade; em seguida dilatação do canal cervical com laminaria, lavagem intra-uterina, raspagem da cavidade, applicação d'um tampão feito com algodão iodoformado. Este penso deve ser renovado de dois em dois dias.

Com este tratamento as adherencias tornam-se mais flacidas e cedem a tracções brandas feitas durante algumas sessões.

Pessarios. — Feita a redução uterina e como parte complementar do tratamento, temos os pessarios para manter o utero reduzido.

Descreveremos simplesmente o pessario de *Hodge* e o de *Schultze*. Os outros e são numerosos pouco interesse apresentam.

O pessario de *Hodge*, feito de cauchu endurecido, tem a forma d'um annel alongado, dando o aspecto d'um quadrangulo visto de face e o d'um S alongado visto de perfil. Eis como se applica:

Feita a redução uterina, introduz se na vagina o pessario, untado em vaselina borica, por um dos pequenos lados do rectangulo collocado verticalmente. Desde que a introdução é completa, faz-se-lhe soffrer um movimento de torsão de $\frac{1}{4}$ de circulo, de modo que o seu plano de vertical passe a horisontal. Leva-se então o indicador ao fundo da vagina para collocar o lado que primeiro entrou no fundo de sacco posterior. A sua acção tem sido comparada á d'uma

alavanca em que o ponto d'apoio fica entre a potencia e a resistencia. O ponto de apoio é fornecido pelo perineo, a resistencia fica situada na face posterior do utero e a potencia é a pressão das visceras abdominaes.

Martin é d'opinião que este pessario actúa encurvando os ligamentos utero-sagrados e approximando os seus pontos de inserção. D'este modo o collo é puxado para traz e o utero fica na posição normal.

Pessario de Schultze. — Este gynecologista entende que os pessarios devem ser modelados conforme as exigencias de cada caso. Por isso o seu pessario se compõe d'um fio de ferro ou de cobre, malleavel, coberto de cautchu, formando annel. Pode-se-lhe dar todas as fôrmas possiveis. As principaes adoptadas por *Schultze* são a fôrma em 8 e a fôrma em trenó. A fôrma em 8 é construida de maneira que dos dois anneis que o formam um seja menor. É este que abraça o collo uterino; o outro fica apoiado contra a parede vaginal anterior. D'este modo o collo é repellido para traz. Esta fôrma é excellente nos casos em que a vagina não está laxa.

A fôrma em trenó apresenta uma saliencia posterior mais comprida que repousará sobre o pavimento pelvico e subirá mais ou menos na parede posterior da bacia empurrando o fundo da vagina, e uma saliencia anterior mais curta que força o collo a permanecer desviado para

traz. É empregada esta fórma nos casos em que o pavimento da bacia não tem a solidez necessaria para dar ao pessario em 8 a fixidez e elasticidade sufficientes.

Importancia do tratamento pelos pessarios

As opiniões dos gynecologistas sobre o valor therapeutico dos pessarios são bem discordes.

Assim Martin tem em grande conta os pessarios, principalmente o de *Hodge*. Diz elle que o emprego d'este pessario sempre lhe déra bons resultados.

Second, pelo contrario, considera os pessarios, ainda que bem applicados, como hospedes incommodos e de inconvenientes d'uma evidencia particular quando se trata d'uma mulher ainda nova.

Como quer que seja, ha certamente fórmas de desvios em que a reduccão e a manutenção do orgão depois de reduzido bastam para fazer desaparecer os symptomas dolorosos. N'estes casos a applicação d'um pessario com todas as garantias de asepsia poderá ser d'uma grande utilidade.

Uma particularidade que não deve esquecer-se, é que o pessario nunca será applicado senão sob a garantia d'uma rigorosa limpeza por parte

da mulher. É necessario, pois, prescrever emquanto dura a applicação, lavagens frequentes a injecções antisepticas.

Mas outras fórmas de retro-desvios moveis ha, as dolorosas, que com nada beneficiam a applicação dos pessarios. São os casos em que o desvio se acompanha de lesões dos annexos ---prolapso dos ovarios, adherencias, etc. O uso d'um pessario n'estas condições pôde aggravar consideravelmente o cortejo symptomatico pela compressão exercida pelo instrumento sobre os ovarios em prolapso.

Quando portanto existirem lesões dos annexos, os pessarios devem ser postos de parte. A unica intervenção racional para taes casos é ir pelo peritoneo destruir as adherencias ou fazer a ablação dos annexos se tanto fôr preciso.

III

A electricidade nos retro-desvios uterinos

Não podemos n'este estudo deixar de consagrar algumas linhas ao tratamento por meio dos retro-desvios moveis da electricidade.

As correntes faradicas, applicadas isoladamente ou associadas á massagem, contam re-

sultados satisfactorios n'este tratamento. As correntes electricas são, com effeito, um poderoso modificador da circulação e da contractilidade musculares. Por isso a electricidade auxilia poderosamente a acção da massagem, dando aos ligamentos suspensores do utero a tonicidade necessaria para o manter na sua posição normal.

M. Régnier tratou pela faradisação, no serviço de *Labadie-Lagrave*, alguns casos de desvios uterinos, obtendo feliz exito em duas retroversões e tres retro-flexões.

Régnier emprega uma bobina de inducção com interrupções frequentes e introduz um dos electrodos constituidos por um hysterometro na cavidade uterina e o outro constituido por uma larga placa e applicado sobre a região abdominal. Intensidade da corrente não muito forte e só a sufficiente para determinar ligeiras contracções uterinas perceptíveis pela mão que sustenta o hysterometro. As sessões são feitas a principio de dois em dois dias, depois todos os dias e não devem durar mais de tres minutos.

Dez a quinze sessões são necessarias.

Fanquez exerce a massagem uterina e a gymnastica dos abductores e adductores pelo methodo de *Brandt* e faz a applicação de correntes continuas combinadas com correntes intermitentes.

MEIOS CIRURGICOS

No tratamento dos retro-desvios conta a cirurgia uma infinidade de processos d'uma technica mais ou menos complicada e de resultados as mais das vezes incertos, uns tendo por intervenção a via vaginal, outros a via abdominal, uns abrindo a cavidade peritoneal, outros deixando-a intacta.

Vamos descrever resumidamente aquelles que mais confiança nos merecem pelo menos em certas fórmas de retro-desvios. Dividil-os-hemos em methodos operatorios em que ha abertura da cavidade peritoneal e methodos operatorios em que o peritoneo não é interessado.

Por ultimo occupar-nos-hemos da recente operação de *Boisteux* — colpotoomia posterior — dando-lhe todo o desenvolvimento, por nos parecer ser ella a que melhores serviços poderá prestar nos retro-desvios em que tenham falhado os meios medicos.

Operações em que o peritoneo não é aberto

I

Hysteropexia vaginal

Processo de Schücking. — É importante a operação de *Schücking*. Alguns consideram-n'a superior á hysteropexia, que tem o inconveniente de deixar o utero fóra da excavação. Ha mesmo quem a considere superior á operação de *Alexander*. Por isso a descreveremos.

Eis muito summariamente em que consiste o processo operatorio :

1.º—Reducção do utero feita por meio do hysterometro ou empregando as manobras de redução uterina anteriormente descriptas.

2.º—Applicação d'um fio para manter a redução. Este fio montado em agulha especial, é introduzido pelo orificio cervical do utero, atravessa a parede uterina anterior e o espaço vesico uterino e vem sahir no fundo de sacco anterior. As duas extremidades do fio são então atadas na vagina.

Para se obter algum resultado é preciso não tirar o fio senão ao fim de cinco ou seis semanas e muitas vezes ainda é preciso o uso dos pessarios durante um tempo mais ou menos longo.

Debrunner em 1890 publicou alguns casos operados pelo processo de *Schücking* com feliz resultado.

O proprio *Schücking*, em 1891, conseguiu reunir 217 casos, em que a operação deu resultados certos e duradouros. Alguns insucessos, poucos, que teve com o methodo, são attribuidos por elle á metrite chronica e a lesões dos annexos.

A operação tinha o inconveniente de muitas vezes, no momento da introdução da agulha, se ferir a bexiga, que inconveniente desapareceu graças ás modificações introduzidas no processo operatorio por *Zweifel*, de Leipzig. Este operador antes de passar a agulha tem o cuidado de fazer a separação da bexiga do utero.

Cremos que esta operação não deve ser applicada ao tratamento dos retro-desvios acompanhados de lesões uterinas ou annexiaes.

Processo de Mackenrodt.—Consiste essencialmente no seguinte:

1.º—Incisão comprehendendo quasi todo o comprimento da parede vaginal anterior no sentido longitudinal.

2.º—Descollamento da bexiga para permittir a penetração no espaço vesico-uterino. O peritoneo não é destacado.

3.º—Redução do utero por meio d'um hysterometro. O utero depois de reduzido é impellido para cima.

4.º—Fixação do utero á parede vaginal por meio de fios de sêla collocados transversalmente e atravessando o fundo de sacco peritoneal. Os fios devem atravessar o fundo do utero e ser tirados sómente seis a oito semanas depois da operação.

Modificações foram introduzidas no processo operatorio por *Winter* em 1893, e por *Pichevin* em 1894.

Winter começa por fazer uma colporrhaphia anterior afim de obter um ponto de apoio solido ao utero e emprega na fixação do utero costuras perdidas. *Pichevin* colloca os fios verticalmente e descolla o peritoneo que fórta a parede anterior do utero para obrigar os fios a passar bem pelo fundo do órgão.

Processo de Dührssen.—Este processo, que tem sido applicado com resultados muito favoraveis, executa-se em dois tempos.

1.º tempo.—Comprehende a raspagem uterina, a evacuação da bexiga e a sua elevação por meio da sonda.

2.º tempo.—Comprehende uma incisão transversal da vagina ao nivel da sua inserção anterior sobre o collo, o descollamento da bexiga sem abrir o fundo de sacco peritoneal, o abaixamento do utero para a incisão feita e por ultimo a sua fixação á vagina por meio de costuras perdidas.

Tem dado resultados apreciaveis talvez pelo

facto de pela raspagem curar a metrite, compa-
nheira do desvio.

Este processo foi empregado por *Sanger*, que
lhe addicionou a retrofixação do collo. *Jacobs*
operou por elle alguns casos, todos com feliz
resultado.

Todos estes processos de fixação vaginal fo-
ram objecto de criticas severas por parte de *Tré-
lat*, *Pozzi*, etc.

Entendem estes auctores que a vagina nunca
póde fornecer um ponto de apoio sufficiente pa-
ra a fixação do utero.

Além d'isso, estes processos tem o inconveni-
ente de nada poderem contra a perimetrite,
as adherencias e as lesões dos annexos.

II

Encurtamento extra-peritoneal dos ligamentos redondos

Operação de Alquié-Alexander-Adams. — Foi
praticada pela primeira vez esta operação pelo
cirurgião inglez *Alexander*, em 1881.

Os felizes resultados colhidos por este ope-
rador e depois por *Adams*, fizeram que a opera-
ção tivesse rapidamente longa pratica, obtendo
em França partidarios convictos, como *Duplay*,
Doléris, *Turilon*, *Duret*, etc.

Chalot, estabelecendo as suas indicações, entende que o encurtamento dos ligamentos redondos só deverá praticar-se nos retro-desvios moveis dolorosos e nos que forem susceptíveis de redução, depois que o tratamento pelos pesarios se mostrar insufficiente ou não fôr bem tolerado.

O seu manual operatorio, como o descreve *Chalot* é o seguinte:

1.º tempo.—*Incisão dos tegumentos e reconhecimento do anel inguinal externo.*—Feita a desinfeção da vulva, vagina e das duas regiões inguino-cruraes, procede-se á raspagem do utero; determina-se a espinha de cada pubis e o ligamento crural (a espinha encontra-se a 3 centímetros para fóra da symphise publica); divide-se successivamente a pelle, o tecido cellular subcutaneo, a facia superficial por uma incisão de 2 a 5 centímetros, parallela á arcada crural e distando d'ella um centimetro. A incisão deve comprehender o ponto determinado da espinha publica.

Posta a nú a aponevrose do grande obliquo, reconhece-se pela inspecção e com o dedo a pequena fenda obliqua depressivel, que representa o anel inguinal externo acima da espinha publica. É o ponto de referencia capital.

2.º tempo.—*Incisão do canal crural e dissecação profunda do ligamento redondo.*—Levanta-se com uma pinça de dissecação a fina lamina cel-

lulosa que fecha o anel inguinal externo e corta-se com a thesoura; immediatamente apparece uma pequena bóla gordurosa, *bóla d'Imlach*. Introduce-se uma sonda-cannula no anel, faz-se caminhar por traz da parede anterior do canal inguinal até uma profundidade de dois a tres centimetros; secciona-se a parede na mesma extensão. Com um gancho carrega-se o ligamento redondo no fundo da gotteira que representa agora o canal inguinal—manobra facil e que nunca falha. Dissecta-se então o ligamento redondo, sem o distender muito, d'uma parte até á espinha do pubis, da outra até ao fundo do sacco peritoneal esbranquiçado, que mostra a tracção do ligamento. Em seguida descobre-se da mesma fórma o ligamento redondo do outro lado.

3.º tempo. — *Reducção do utero pela tracção simultanea dos dois ligamentos redondos*. — Com os dedos ou com duas pinças de pressão puxa-se tanto quanto possivel pelos ligamentos; nota-se então pela palpação hypogastrica e pelo toque vaginal que o fundo do utero deixou a posição viciosa e está mais ou menos approximado da região publica.

É preciso que o utero fique bem por traz do pubis.

4.º tempo. — *Excisão e costura dos ligamentos*. — Obtida a correcção pela tracção dos ligamentos, corta-se toda a parte d'elles que excede o

comprimento de canal inguinal. Em seguida fixa-se com um fio de seda fina as extremidades livres no canal inguinal.

5.º tempo. — *Encerramento dos canaes inguinaes e das incisões cutaneas.* — Reune-se com seda fina os labios aponevroticos de cada parede inguinal anterior, obliterando tambem o annel externo. Emfim, reunião das incisões cutaneas. Penso iodoformado, tampão vaginal de gaze iodoformada, etc.

A operação de *Alexander* se é isempta de perigos com a applicação rigorosa do methodo antiseptico, nem sempre é de facil execução e, sob o ponto de vista do tratamento mostra-se muitas vezes impotente. *Chaput*, apreciando o seu valor therapeutico, exprime-se assim: « *Le raccourcissement des ligaments ronds est souvent difficile, parfois impossible grâce à l'atrophie et à la dégénérescence de ces ligaments. Il est aussi quelque fois impuissant.* »

Que effeito curativo poderá ter na verdade o encurtamento contra as lesões da pelviperitonite limitadas ás regiões dos annexos?

O encurtamento só poderá ser applicado com proveito nos retro-desvios moveis ou nos adherentes em que os annexos estão perfeitamente normaes. Mas n'estes casos cremos que melhor será empregar a massagem.

Operações em que o peritoneo é interessado

I

Hysteropexia abdominal

(Operação de Koeberlé)

Consiste esta operação em fixar o utero ou os seus annexos á face posterior da parede abdominal depois de ter aberto o peritoneo.

Começou a praticar-se correntemente depois que *Olshausen* a apresentou sob uma fôrma systematica no *Congresso dos naturalistas allemães* em 1886.

Foi applicada ao tratamento dos retro-desvios adherentes e depois tambem ao dos retro-desvios moveis dolorosos.

A hysteropexia executa-se em tres tempos principaes:

- 1.º *Abertura do ventre* (laparotomia).
- 2.º *Libertação do utero e annexos.*
- 3.º *Fixação do utero á parede abdominal e costura da incisão cutanea.*

Descreveremos os processos de *Czerny-Ferrier* e de *Pozzi*, que são os mais seguidos.

Processo de *Czerny-Terrier*. — 1.º *Laparotomia*.—Incisão mediana de oito centímetros que

vá até um centimetro pouco mais ou menos de symphise publica. Os tecidos são cortados camada por camada até á cavidade peritoneal.

2.º *Libertação do utero.*—O indicador e o medio vão ao fundo de sacco de Douglas, reconhecem o utero e destroem as adherencias que o fixam ao recto e ás partes visinhas. O utero é em seguida trazido para a abertura abdominal e ahi mantido.

3.º *Fixação do corpo do utero á parede abdominal.*—Tres fios de seda são passados, fazendo alinhavo, atravez da camada superficial do utero, e correspondem o primeiro á parte inferior do corpo, o segundo á parte media e o terceiro á parte superior muito perto do fundo. As extremidades dos fios interessam o peritoneo e o plano muscular unicamente. Os fios são atados successivamente, e as extremidades cortadas perto dos nós.

4.º *Encerramento do abdomen.*—Costura-se a incisão e colloca-se um dreno no seu angulo inferior.

Processo de *Pozzi*.—O 1.º e 2.º tempos como no processo anterior.

3.º tempo.—O utero é mantido fixo por um ajudante na abertura abdominal. O operador por meio d'uma agulha de Hagedorn munida de seda fina resistente faz na parte inferior da incisão dois pontos de costura comprehendendo o plano sero-muscular para tomar ponto de apoio. Faz

depois uma serzidura ascendente, cuja espiral atravessa o plano sero-muscular da parede abdominal d'um e d'outro lado da incisão e a camada superficial do utero na sua parte media. Bastam tres a quatro pontos de costura.

4.º tempo.—Fecha-se a abertura abdominal por meio de costuras feitas com catgut.

A hysteropexia abdominal, admittida pelos cirurgiões mais eminentes, é o processo classico de tratamento dos retrodesvios. A sua technica-operatoria não é complicada e, praticada segundo as regras actuaes de asepsia, pôde dizer-se que é uma operação quasi completamente benigna.

Cremos que é mesmo insubstituivel no tratamento de certos casos bem determinados, em que o pavimento pelvico se encontra extremamente enfraquecido por virtude d'um parto laborioso. *Chalot* no emtanto diz que a hysteropexia só deve praticar-se quando a operação de *Alquié-Alexander* tiver sido inutil ou quando o retrodesvio coincidir com lesões dos annexos que necessitem a laparatomia.

Sob o ponto de vista therapeutico, os seus effeitos tanto immediatos como futuros são excellentes, segundo o pensar de *Baudouin*, *Dumorel*. Em 1892 *Terrilon* emite a seguinte opinião: «Le principal inconvenient de l'hystéropexie consiste dans les tiraillements ultérieu-

rement éprouvés pour les malades.» Com effeito, as tracções dolorosas experimentadas por muitas doentes, sobretudo as nervosas, podem ser tão intensas, que demandem uma outra intervenção.

A fixação do utero á parede abdominal um outro inconveniente traz: é pôr um obstaculo á evolução normal da gravidez e crear difficuldades no momento do parto.

Para obviar a este inconveniente muitos operadores, *Tuffier, Roulier, Chaput*, têm feito simplesmente a redução do utero depois da laparotomia, attribuindo pouco valor á fixação. Por isso entendem que se deve designar a operação pelo nome de laparatomia simplesmente, que tem uma accepção mais lata e deixa ao operador a liberdade na escolha dos methodos operatorios e das resoluções a tomar.

Polk não fixava o utero á parede abdominal, mas collocava por traz d'elle um dreno destinado a servir de tutor.

Nós veremos quando estudarmos o methodo de *Boisleux* os pontos de contacto que tem este methodo com o de *Polk* e *Chaput*.

II

**Encurtamento intraperitoneal
dos ligamentos redondos**

(Operação de Wylie—Ruggi)

Processo de *Gill Wylie* — O 1.º e 2.º tempos executam-se como na hysteropexia.

3.º tempo. — Encurtamento dos ligamentos. — Apanha-se com uma pinça de pressão um ligamento, na sua parte media, a igual distancia do corno uterino e do pubis. Puxa-se para a abertura abdominal, aviva-se a face interna da préga assim formada pela tracção. Fixam-se em seguida entre si os dois ramos da préga por meio de fios de seda que atravessam o ligamento e abrangem quasi toda a sua espessura. As mesmas manobras no outro ligamento. Póde obter-se assim um encurtamento mais ou menos consideravel.

O 4.º tempo executa-se como na hysteropexia.

Esta operação apresenta difficuldades de technica que se não encontram na hysteropexia e demais não offerece as mesmas garantias de

cura, porque os ligamentos podem estar alterados e n'este caso o desvio fatalmente se reproduz.

Entendemos que, a ter de se fazer a laparotomia, melhor vale fixar o utero á parede abdominal.

METHODO DE BOISLEUX

Colpotomia posterior

Boisleux imaginou em 1892, ao ter de intervir n'um retro-desvio adherente e doloroso, em que baldadamente tinham sido applicados os meios medicos, massagem, pessarios,—um methodo de tratamento, que, como veremos, representa um progresso incontestavel na therapeutica d'esta doença e que nós vamos descrever, dando-lhe a importancia que merece.

O methodo de *Boisleux* comprehende essencialmente tres partes: 1.^a *incisão mediana e vertical*, feita no fundo de sacco posterior entre os ligamentos utero-sagrados; 2.^a *drenagem do fundo de Douglas*; 3.^a *massagem consecutiva*.

A' 1.^a parte do methodo, que comprehende propriamente o processo operatorio, dá *Boisleux* o nome de colpotomia posterior ou elytrotomia interligamentar por a incisão ser feita entre os ligamentos.

Analysemos a importancia de cada um d'estes tres elementos do methodo, que o recommendam

de preferencia a qualquer outro e o tornam uma intervenção therapeutica racional, completa, efficaz.

Incisão mediana do fundo de sacco posterior.—

A incisão do fundo de sacco posterior e a penetração por esta via no peritoneu para destruir as adherencias é sem duvida preferivel á laparotomia feita para o mesmo fim. Em primeiro lugar porque ha sempre difficuldade em fazer acceitar das doentes uma operação como a laparotomia para uma affecção que não offerece perigos immediatos. A cicatriz que fica depois da laparotomia sobretudo quando a incisão suppura é sem duvida um inconveniente não para desprezar. E depois a laparotomia, demandando uma incisão, em geral longa, obriga a doente ao porte d'uma cintura abdominal.

Mas a intervenção pelo fundo de sacco posterior, além de não offerecer estes inconvenientes e de ter todas as vantagens da laparotomia, no caso sujeito, permite realizar duas condições indispensaveis: a drenagem cuja efficacia em breve estudaremos, e consecutivamente a massagem.

Logo veremos, quando estudarmos a technica operatoria da colpotomia posterior, que a incisão do fundo de sacco, tal como a recommenda *Bois-leux* deve ser mediana e feita verticalmente entre os dois ligamentos utero-sagrados. Assim praticada a incisão tem o valor de poupar esses liga-

mentos, cuja integridade, desnecessario seria dizer o, a todo o custo é preciso manter. Uma outra vantagem lhe encontramos: é evitar a ruptura de vasos importantes.

Drenagem no espaço de Douglas.— Já antes do advento da antiseptia a drenagem consecutiva a operações pelvicas era reconhecida como um seguro meio de prophylaxia contra a infecção. *Peaslee* affirmava que, depois da ovariectomia, raras vezes se daria a septicemia, se por qualquer fórma fosse assegurada a saída do liquido derramado no peritoneu. Por isso a drenagem era considerada como um meio precioso de evitar as complicações post-operatorias, tão frequentes então.

Estabelecida a antiseptia, entenderam muitos operadores que a drenagem era cousa inutil, perfeitamente dispensavel, e começaram de abandonal-a.

Eis actualmente como as opiniões estão divididas sobre esta importante questão: — *L. Championnière*, *Delbet* e muitos outros repellem systematicamente a drenagem, dizendo que, além de inutil, é muitas vezes nociva podendo favorecer a suppuração; *Segond* e *Routier*, pelo contrario, consideram-na como podendo prestar reaes serviços.

Vejamos como as cousas se passam. A clinica demonstra que, quando se dá a estagnação de serosidade na pequena bacia, as doentes cor-

rem perigos immediatos. *Quenu*, B. et M. de la Societé de chir. n.º 14, apresenta alguns casos em que observou symptomas graves em consequencia do funcionamento imperfeito dos tubos de drenagem.

Boisleux notou tambem symptomas alarmantes — temperatura elevada, calafrios, etc. — quando estabelecia a drenagem no fundo de sacco posterior por meio de mechas de gaze iodoformada, isto é, quando a drenagem era insufficiente. A estagnação de serosidade sanguinolenta na pequena bacia deve, com effeito, favorecer consideravelmente o desenvolvimento dos germes que por ventura existam no estado latente nas massas d'adherencias e que a sua ruptura tenha posto em liberdade.

Ora estes factos provam que a drenagem bem estabelecida de modo a impedir a obstrucção dos drenos por coagulos fibrinosos é indispensavel, e que o perigo está em deixar accumular no ventre collecções serosas capazes de fermentação.

Boisleux na drenagem da cavidade de Douglas, depois da ruptura das adherencias, emprega um dreno especial em forma de cruz e a fim de evitar a obstrucção do tubo introduz-lhe uma mecha de gaze iodoformada. O dreno de *Boisleux* serve ainda de tutor ao utero obrigando-o a conservar-se em redução.

Massagem. — A possibilidade de se exercer a

massagem consecutivamente á operação é uma das melhores vantagens do methodo de *Boisieux*.

E' ella que assegura a mobilidade completa aos orgãos, que impede a formação de novas adherencias, que opera o prompto desaparecimento dos exsudatos. Por ella se restitue a contractilidade e a tonicidade ás préguas de Douglas e se tonifica d'uma maneira efficaz o pavimento pelvico. Por ella, emfim, se faz desaparecer completamente as dôres que é frequente existirem muito tempo depois das operações nos orgãos pelvicos, devidas talvez a retracções cicatriciaes.

Colpotomia

Cuidados preliminares.—Desinfecção rigorosa e completa do campo operatorio. Corta-se á navalha todos os pellos da vulva e do pubis, ensaboa-se energicamente a vulva e a vagina, tendo o cuidado de com os dedos desdobrar todas as préguas da vagina para que nenhum fundo de saco escape á acção dos anesthesicos. Com um tampão montado e embebido em agua phenica a 5:100 exercem-se fricções em todos os sentidos no interior da vagina.

Depois d'isto, *Boisieux* procede á raspagem do utero, que elle pratica tendo em vista a cura da endometrite intersticial ou glandular que

sempre existe. Acabada a raspagem, faz com a sonda de *Budin* uma lavagem antiséptica e introduz no utero uma mecha de gaze iodoformada que fica até final da operação. Em seguida procede á

Operação. — A doente deve estar em decubito dorsal, as coxas em flexão sobre o abdomen e afastadas e ter uma almofada para levantar a bacia e obrigar as ansas intestinaes a cair para o diaphragma. Colloca-se um afastador á direita, outro á esquerda e com uma pinça apanha-se o labio posterior do collo, puxa-se fortemente para cima e confia-se a um ajudante.

O operador reconhece o fundo de sacco posterior que se apresenta sob a fórma d'uma depressão limitada pelos ligamentos utero-sagradados, e com o dedo procura uma crista transversal na face posterior do collo, resultante do cruzamento d'aquelles ligamentos. E' por traz d'esta crista que hade começar a incisão. A operação executa-se em dois tempos :

1.º tempo. — *Incisão mediana.* — Deve ter 4 a 5 centímetros de comprimento. E' facil de praticar. Dá hemorrhagia insignificante. E' prudente introduzir o dedo no recto durante a incisão para evitar que a parede anterior d'este canal seja ferida.

2.º tempo. — *Libertação do utero e dos annexos, redução.* — O ajudante larga a pinça que segurava o collo e o operadôr introduz o indica-

dor esquerdo no peritoneu. A mão direita vae pelo abdomen procurar o fundo do utero, apanha-o, exerce sobre elle tracções continuas para estender as adherencias, enquanto o dedo esquerdo introduzido no peritoneu as rompe pouco a pouco á medida que ellas se apresentam. Esta mesma manobra se repete do lado direito, sendo então o indicador direito, préviamente desinfectado, introduzido no peritoneu.

Procede-se em seguida á exploração dos anexos, rompe-se as adherencias que os prendem e, se apresentarem lesões que os tornem inúteis, faz-se a sua ablação. Quando as adherencias forem muito resistentes, em logar d'um só dedo, pode-se introduzir pela incisão o indicador e o medio; mas a sua ruptura deve sempre ser feita com cautella.

Reducção do utero, lavagem intra-peritoneal com uma solução borica a 3:100 e introdução no espaço de Douglas d'um tampão comprido para fazer a hemostase e limpar bem a cavidade peritoneal.

A applicação d'um dreno de cautchú, em forma de cruz, munido d'uma mecha interior de gaze iodoformada, é feita de modo que os ramos transversaes se applicuem sobre as prégas de Douglas.

A costura da incisão é feita com 3 ou 4 fios de catgut.

Um penso de gaze iodoformada é applicado na vagina aos lados do tubo de drenagem.

Durante os primeiros dias o dreno deixará correr serosidade sanguinolenta. Se esta serosidade deixar de sair no primeiro dia é preciso tirar a mecha do interior do dreno.

E' util sondar a doente nos dois primeiros dias. O penso da cavidade vaginal será feito todos os dias, e a vagina será cuidadosamente desinfectada. A lavagem do dreno deve ser feita com cuidado por meio d'uma sonda de Budin de pequeno calibre.

Introduz-se para isso a sonda no dreno e deixa-se correr o liquido antiseptico a uma fraca pressão no interior do tubo.

Passados oito ou nove dias depois da operação, póde tirar-se o dreno por tracções lentas e continuas. Na abertura deixada pelo dreno no fundo de sacco posterior, colloca-se uma pequena mecha embebida em azeite creosotado.

No dia seguinte ao da extracção do dreno póde dar-se começo ás sessões de massagem.

Em geral quinze dias de massagem são precisos para dar a doente completamente curada.

Boisleux apresentou, no 6.º congresso da Soa All. de Gynecologie, junho de 1895, 88 casos operados pelo seu processo com feliz exito. Em alguns casos *Boisleux* serviu-se da drenagem capillar com gaze iodoformada, o que lhe deu sempre mau resultado porque a gaze não per-

mittia a saída sufficiente do pús e das secreções sero-sanguineas. Mas nos casos em que a drenagem foi praticada como nós a descrevemos, os effeitos therapeuticos do methodo nada deixaram a desejar. Em todos os casos a pratica da massagem assegurou d'uma maneira definitiva e apressou consideravelmente a cura das doentes.

Em conclusão diremos que:

1.º—Todas as vezes que a natureza das adherencias, a sua extensão e as lesões dos annexos não possam ser estabelecidas d'um modo completo, será conveniente começar sempre o tratamento pelos meios medicos e, só quando estes se mostrarem impotentes ou intoleraveis, é que se recorrerá aos meios cirurgicos.

2.º—O encurtamento dos ligamentos redondos, os diversos processos de fixação vaginal podem corrigir o desvio, mas são impotentes contra as lesões de pelviperitonite existentes na região dos annexos.

3.º—A hysteropexia abdominal, o encurtamento intra-peritoneal dos ligamentos além de corrigirem o desvio permitem a libertação dos annexos, mas são operações difficeis de fazer aceitar por parte das doentes e não sem incon-

venientes sob o ponto de vista da evolução ulterior da gravidez.

4.º — O methodo de Boisleux é um methodo racional, não tem os inconvenientes da hystero-pexia (cicatrizes, hernias possiveis, tracções dolorosas), sendo livre de perigos e permitindo o prompto restabelecimento da doente pela acção da massagem, é o que actualmente deve ser empregado de preferencia a qualquer outro.

Proposições

Anatomia.—O utero existe em equilibrio instavel.

Physiologia.—O musculo fatigado volta mais rapidamente ao estado normal pela acção da massagem do que pelo repouso

Materia medica.—O emprego do fêto macho juntamente com o oleo de ricino não é livre de perigos.

Pathologia geral.—O bacillo de Eberth e o collibacillo são perfeitamente distinctos,

Medicina operatoria.—No tratamento das affecções pelvicas prefiro, em geral, a via vaginal á via abdominal.

Pathologia interna.—As icterias graves hypothermicas são collibacilloses com determinação hepatica.

Pathologia externa.—Regeito a intervenção immediata nos grandes esmagamentos dos membros.

Anatomia pathologica.—No sangue ha principios proprios para augmentar a resistencia do organismo.

Partos.—Na apresentação de espadua não espero a evolução nem a versão espontaneas.

Medicina legal.—O diagnostico baseado nos caracteres objectivos d'uma só lesão syphilitica não tem valor sob o ponto de vista medico-legal.

VISTO

O Presidente

Moraes Caldas.

PÓDE IMPRIMIR-SE

O Director

W. de Lima.